Rok XXXV. Kraków 7. Listopada 1896. Nr. 45.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
z księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXV. Kraków 7. Listopada 1896. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O roli nerek w zakażeniu krwi.

Napisał

Doc. Dr. Karol Klecki.

Według wykładu wygłoszonego na VIII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, dnia 13. Lipca 1896.

Badania nad zachowaniem się zakażonego ustroju względem zarazków były zwrócone w ciągu ostatnich lat przeważnie w dwu kierunkach:

Popierwsze, badano zachowanie się soków ustroju względem bakteryj, — a badania te doprowadziły do t. zw. terapii surowiczej chorób zakaźnych;

Powtóre, badano zachowanie się względem bakteryj upostaciowanych składników ustroju, — a na badaniach tych oparto t. zw. teoryę komórkową odporności.

Należy jednak nie zapominać o tem, że zakażony ustrój walczy z zarazkami nietylko za pomocą pewnych własności lub czynności bakteryobójczych. Wiadomo bowiem zarówno ze spostrzeżeń klinicznych, jakoteż z doświadczeń na zwierzętach, że w sprawach zakaźnych bakterye przechodzą do moczu, kału, żółci, mleka, śluzu, potu i że organizm wydala je wraz z temi wydalinami lub wydzielinami.

Nie ulega wątpliwości, że w zakażeniu krwi zarazki, krążące w ustroju, przechodzą przez nerki i są wydalane z moczem. Co do niektórych szczegółów tej sprawy panują jednak zapatrywania sprzeczne:

Popierwsze, spotykamy sprzeczne zapatrywania co do stanu nerki, przez którą bakterye przechodzą. Według jednych autorów przechodzą one tylko przez taką nerkę, której tkanka okazuje zmiany patologiczne; według innych bakterye mogą przejść i przez nerkę prawidłową; jeszcze inni badacze przypuszczają, że bakterye przechodzą tylko przez nerkę patologiczną, że jednak zmiany tkankowe mogą być przytem tak nieznaczne, że niepodobna ich wykazać przez badanie anatomiczne.

Powtóre, panują zapatrywania sprzeczne co do czasu, w którym bakterye przechodzą ze krwi do moczu. Opierając się głównie na doświadczeniach laboratoryjnych, podają autorzy, że po wprowadzeniu bakteryj do krwi, ukazują się one w moczu po upływie 2, 3, 5, 10 i więcej godzin. Zauważono także pewne różnice. jakie pod tym względem mają występować w zachowaniu się saprofitów a bakteryj chorobotwórczych.

Przed kilku miesiącami ukazała się praca Biedla i Krausego, którzy wystąpili z twierdzeniem, że po wprowadzeniu bakteryj do krwi, ukazują się one w moczu nadzwyczaj szybko, a mianowicie już po upływie kilku minut. Próbki moczu do badania bakteryologicznego brano nie z pęcherza, ale z moczowodów.

Wobec tak uderzającego wyniku badań Biedla i Krausego, rozpocząłem w tym kierunku, w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Gluzińskiego, własne badania (na psach), których dotychczasowe wyniki są następujące:

Popierwsze, przekonałem się, że po wprowadzeniu bakteryj (*b. pyocyaneus, staphylococcus pyogenes aureus*) do krwi, ukazują się one rzeczywiście już po upływie kilku minut. Jest to wynik ważny z tego względu, że określając czas, w którym bakterye przechodzą ze krwi do moczu, wskazuje on zarazem, że bakterye w pewnych warunkach mogą przejść przez nerkę prawidłową. Być może, że wskutek działania toksyn, wprowadzonych do krwi wraz z bakteryami, w komórkach nerkowych powstają pewne zboczenia; żadne poważniejsze zmiany tkankowe w ciągu tak krótkiego czasu wytworzyć się tu jednak nie mogą.

Powtóre, w przechodzeniu bakteryj ze krwi do moczu, zauważyłem pewne różnice, które występują zależnie od ilości wprowadzonych bakteryj. Czy się wprowadzi do krwi wielką ilość bakteryj (2—3 24-godzinne hodowle agarowe, rozbełtane w 10 ctm.^{3} wody), czy małą ($^1/_{16}$—$^1/_{32}$ hodowli), bakterye ukazują się w moczu również szybko, już po upływie kilku minut. Dalsze zachowanie się bakteryj jest atoli różnem: po wprowadzeniu do krwi wielkiej ilości bakteryj, można wykazywać je w moczu stale w ciągu dłuższego czasu; po wprowadzeniu zaś małej ilości, już po upływie stosunkowo krótkiego czasu (20 do 30 minut) znikają one z moczu. Nie znaczy to jednak bynajmniej, by wszystkie bakterye, które wprowadzono do organizmu, już były wydalone; u takiego zwierzęcia, u którego bakterye przestały przechodzić ze krwi do moczu, można je wykazać w miąższu wątroby, śledziony, nerek, a co ważniejsza, w samej krwi.

Ztąd wynika, że w zakażeniu krwi rola nerek, jako narządu przeciwdziałającego samej sprawie zakaźnej, jest bardzo ograniczona, zwłaszcza, że zarazki, pozostające w tkankach ustroju, w pewnych warunkach mogą niewątpliwie tam się rozmnażać. W zakażeniu krwi rola obronna nerek polega więc raczej na wydalaniu produktów zarazków, niż na wydalaniu samych drobnoustrojów.

Dlaczego w pewnych warunkach bakterye, krążące we krwi, nie przechodzą do moczu; czy zjawisko to zależy tylko od ilości wprowadzonych do ustroju bakteryj, czy też od stosunków w układzie krwionośnym, czy wreszcie od jakiejś niedomogi nerek, powstałej wskutek działania toksyn, — są to wszystko pytania, na które odpowiedzieć dziś jeszcze nie

umiem, które spodziewam się jednak rozwiązać przez dalsze badanie tego ciekawego zjawiska.

* * *

Na zakończenie drobny szczegół techniczny. Doświadczenia, w których zbiera się urynę z moczowodów, przedstawiają, jak wiadomo, pewne trudności, gdy chodzi o otrzymywanie moczu w krótkich a regularnych odstępach czasu. Należy tu unikać kurary oraz chloroformu lub innych narkotyków, gdyż przez to ilość wydzielanego moczu, zwykle i tak już skąpa, jeszcze bardziej się zmniejsza. Aseptyczne zaś zbieranie moczu jest wówczas bardzo trudnem, gdyż przy niespokojnem zachowywaniu się zwierzęcia, zwłaszcza w początkowych okresach doświadczenia, prawie niepodobna uniknąć zanieczyszczenia kaniulek, wprowadzonych do moczowodów. Sposób, jakiego używałem przy moich doświadczeniach, pozwala natomiast przenosić mocz z moczowodu na pożywkę tak, że wszelkie zanieczyszczenie jest zupełnie wykluczonem; próbki moczu, brane do badania bakteryologicznego, nie stykają się bowiem ani przez chwilę z żadnym przedmiotem nieczystym, ani z żadnem środowiskiem, które by nie było wyjałowione. Sposób ten jest następujący:

Po przepaleniu rozpalonym do białości drutem platynowym ściany moczowodu, wprowadza się do jego światła koniec *b* kaniuli szklanej w kształcie litery *T* (Fig. 1. *aa'*).

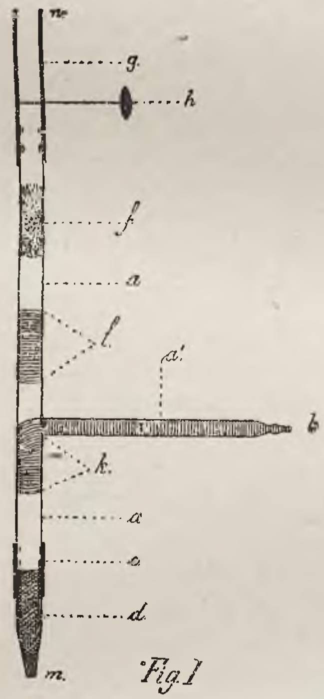


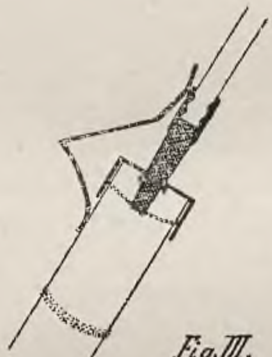
Fig. I

Ramię kaniuli *a'* zostawia się w położeniu poziomem, ramię zaś *a* ustawia się pionowo lub skośnie, tak by koniec *n* leżał wyżej jak koniec *m*. Ramię *a* jest w części górnej zatkane korkiem z waty *f*. Ponad tym korkiem naciągnięto na rurkę szklaną rurkę kauczukową *g*, zaopatrzoną zaciskiem *h*. Część dolna ramienia *a* jest połączona za pomocą rurki kauczukowej *c* z rurką metalową *d*, zwężoną na końcu, o brzegu ostrym. Rurkę *aa'* wraz z dodatkami sterylizuje się przed użyciem.

Rurki z agarem, do których przenosi się próbki moczu, nie są zatkane jak zazwyczaj korkiem z waty, a są one szczelnie zakryte podwójną warstwą papieru, z których każda z osobna jest przymocowana za pomocą nitki lub pierścienia kauczukowego (Fig. 2).

Po wprowadzeniu końca kaniuli *b* do moczowodu, mocz, w miarę jak się wydziela, zbiera się zrazu w ramieniu *a'* poczem spływa do *a*. Gdy w *a* uzbierał się słupek moczu *k*, otwiera się zacisk *h*, aspiruje przez otwór *n* słupek *k* do góry, a gdy go się doprowadzi do położenia *l*, zamyka się zacisk. Następnie przeprowadza się kilkakrotnie rurkę *d* przez płomień gazowy, a gdy po chwili rurka ta ostygnie, odchyla się zewnętrzną przykrywkę papierową rurki z agarem, przebija się ostrym końcem *m* jej przykrywkę wewnętrzną (Fig. 3), otwiera się zacisk *h* i wdmuchuje słupek moczu *l* do rurki z agarem tak, że mocz spada na pożywkę i ewentualnie ją


Fig. II


Fig. III

zakaża. Poczem wyciąga się koniec kaniuli *d*, a otwór zrobiony w przykrywce wewnętrznej, zakrywa się przykrywką zewnętrzną, którą się napowrót przytwierdza pierścieniem kauczukowym. Cała ta manipulacya trwa zaledwie 20 do 30 sekund. W powyższy sposób, niejako b e z p o ś r e d n i, dokonywa się szczepienia nietylko szybko i wygodnie, ale, co ważniejsza, sposób ten chroni od wszelkiego zanieczyszczenia, jak o tem poucza mię własne doświadczenie.

II. Przyczynek do anatomii zapaleń przypęcherzowych.

Napisał

Dr. M. Misiewicz.

(Dokończenie Patrz Nr. 44).

Przejdźmy teraz do tak zwanych r z e k o m y c h z a p a l e ń o k o ł o p ę c h e r z o w y c h. Gdy *pericystitis vera* miała za punkt wyjścia zaburzenia w pęcherzu, to przeciwnie, *pericystitis spuria* zależy od zboczeń w narządach sąsiednich, a głównie t r z e w a c h i n a r z ą d z i e p ł c i o w y m. Rozpoznanie w tej odmianie jest niemniej trudne, jak i poprzedniej. Najczęstszą przyczyną bywają różne sprawy zapalne (czerwonka) i rozpadowe w jelicie ślepem i esowatem u mężczyzny, a w przydatkach macicy u kobiet. Znajdujemy wtedy w sąsiedztwie pęcherza twardy guz, ściśle do niego przylegający, lub otorbiony ropień, prowadzący często do przetoki pęcherzowo-jelitowej. Objawy tego cierpienia polegają zwykle na krwawem moczeniu, w moczu znajdujemy ropę i szczątki tkanek pęcherza, nie brak też i innych oznak nieżytu, przez powłoki brzuszne, wyczuwamy większe lub

mniejsze stwardnienie ścian pęcherza, lecz wszystkie te objawy nie są ani stałe ani konieczne.

Początkowo zajętym bywa tylko przewód pokarmowy lub gruczoł krokowy, lecz niebawem sprawa rozszerza się na pęcherz, który zrasta się z sąsiednimi narządami i rozwija się *pericystitis chronica*, przetoki jelitowo-pęcherzowe, a w końcu objawy charłactwa moczowego (*cachexia urinaria*). Cierpienie omawiane ilustrują dwa następujące spostrzegane przezemnie w praktyce przypadki:

1) K. L..., obywatel z Nowomińska. Przed 7 laty, jak twierdzi, cierpiał na kamienie nerkowe, które wydaliły się w ilości 17, poczem nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Lecz od roku dolega mu silne parcie, krwawy mocz i dotkliwe bóle przy każdym stolcu i moczeniu. Przy badaniu *per rectum* wyczuwa się duży, nierówny guz, rozchodzący się na obydwie strony odbytnicy, w postaci wałka, słowem objawy t. zw. *pelvio-prostatitis chronica*. Parcie na mocz powiększa się przy ruchach i w postawie stojącej, lecz przy jeździe na bryczce, bólów nie doznaje. W pozycyi leżącej ból i parcie mniejsze. Badanie pęcherza, wykonane w szpitalu przez kol. Krajewskiego, a w dniu 19 Stycznia przez kol. Ciechomskiego, nie wykazało obecności kamienia, lecz stwardnienie na tylnej ścianie pęcherza. W endoskopie widocznem jest wypuklenie tylnej i dolnej ściany pęcherza od odbytnicy ku wewnątrz. Płuca i serce bez zmian, osobnik jednak wychudzony. Mocz mętny, zawiera ropę i krew, przy przepłukiwaniu pęcherz wypełnia się 30-ma gramami płynu, zondowanie pełnego pęcherza wykazuje najmniejszą pojemność i podatność w odcinku tylnym i dolnym. Rozpoznano: *pericystitis chronica latero-posterior ex pelvio-prostatitide chron.*, *et cystitis chronica consecutiva.*

2) Jan K..., lat 19, ogrodnik, oddawna cierpi na parcie pęcherzowe, lecz dopiero od roku choroba przybrała poważne rozmiary, a to wskutek niedawno przebytej (w lecie 1895 roku) czerwonki. Od tego czasu wystąpiły gwałtowne bóle przy każdem urynowaniu, które odbywa się co 10 minut. Kaszle, lecz plwocina, tak jak i mocz, nie zawiera krwi i prątków Kocha (analiza kol. Mayzla). Osobnik blady, wychudzony, trawienie upośledzone, w ostatnich czasach wystąpiły wymioty, charakteru mocznicowego i inne objawy charłactwa moczowego. Badanie dokonane wspólnie z kol. Grundzachem wykazało poważne nacieki w płucu prawem i wyraźne zrosty pęcherza. Silne bóle niezawodnie zależały od rozciągania pęcherza i otrzewnej w miejscu tych zrostów, przeważnie w prawej bocznej ścianie i szczycie pęcherza. Rozpoznaliśmy: *pericystitis et cystitis dolorosa* (*tuberculosa?*), *cystoptosis ex peritonitide* (*post dysenteriam*).

W ostatnich czasach Albarron (*Les tumeurs de la vessie*, 1889), Guyon (*Des tumeurs solides perivesicales* 1891) i Orth (*Lehrb. d. spec. Patholog. Anat.* 1889 s. 204) opisali ściślej postać tak zwaną *pericystitis ex tumore*. Mają tu miejsce trojakiego rodzaju zmiany. Przy guzach zadawnionych rozwija się najczęściej na tylnej ścianie naciek, otaczający często szyję pęcherza i woreczki nasienne. Prócz tej typowej prawie dla nowotworów postaci: *pericystitis sclerosa*, spostrzegamy czasami zapalenie zlepne ścian pęcherza z otrzewną, utrudniające nieraz jej odsunięcie przy cięciu nadłonowem.

Golding, Bird i Ebenau w Niemczech, a Voillemier et le Dentu we Francyi (*Maladies des voies urin.* Tom II. s. 296) spostrzegali postać ropną zapalenia około-pęcherzowego przy guzach. Hache (*Dict. encyclop. Vessie*, s. 294) opisuje zwyrodnienie tłuszczowe: *couche graisseuse isolante;* trudno jednak uznać tę postać za charakterystyczną dla guzów, równie często bowiem bywa, jak to wyżej opisaliśmy, przy zwykłych przynerkowych i przycewkowych sprawach zapalnych. Daleko charakterystyczniejszemi są zmiany, spostrzegane przy rakach gruczołu krokowego, dna i ciała pęcherza, znane pod nazwą *cellulitis sclerosa pelvis*, (*carcinose pelvis*). Na całej długości pokładu mięśniowego i tylnobocznych ścianach pęcherza wytwarza się naciek rakowaty, analogiczny ze spostrzeganym przy raku macicy, rozlanym na więzadła szerokie. Muzea: Dietla we Wiedniu, Fürbringera w Berlinie i szpitala Neckera w Paryżu, posiadają piękne okazy takiej *pericystitis carcinomatodes, carcinoma prostato-vesicalis, c. pelvio prostaticum.* Naciek rakowy rozszerza się zwykle w kierunku naczyń chłonnych, a powiększając się stopniowo, dochodzi do znacznej wielkości i ma ułudne podobieństwo do guzów pęcherza lub gruczołu krokowego, przez odbytnicę łatwo wyczuwalnych.

Kończąc na tem opis różnych cierpień okołopęcherzowych, nie mogę pominąć milczeniem pewnych rysów cechujących, a wspólnych dla nerek, moczowodów i cewki. Jest to *hyperplasia* tkanki tłuszczowej, oraz zwyrodnienie włókniste, jako następstwa zaburzeń w odżywianiu, wywoływanych zapaleniem. Drugą cechą jest ważny udział naczyń chłonnych w rozprzestrzenianiu się spraw omawianych, szczególnie widoczny w gruźlicy i naciekach rakowatych. Czy to zależy od przenoszenia się tą drogą właściwego zarazka, czy też istniejące przy tych cierpieniach owrzodzenia są wrotami zakażenia, trudno orzec.

Stosunek zapaleń okołopęcherzowych do nieżytów pęcherza jest wielce ważnym, gdyż te ostatnie znacznie się pogarszają. Wiemy, iż t. zw. *cystitis dolorosa* polega najczęściej na zapaleniu włókien tkanki łącznej (*cyst. interstitialis*) i ta właśnie postać najczęściej wikła się z *pericystitis*. Powstające ztąd zapalenie zlepne, stwardnienie ścian, zrosty z otrzewną i narządami sąsiedniemi, muszą w większym lub mniejszym stopniu wpływać na ruchy i podatność, a względnie i pojemność pęcherza. Ztąd częste urynowanie, pogorszenie nieżytu i parcie bolesne, wskutek targania i nacisku na zrośnięte zakończenia nerwów, drażnienie otrzewnej, przy najmniejszych ruchach jelit i przepełnieniu się pęcherza. Zrosty wpływają też na unieruchomienie pewnych jego odcinków i rozprężenie niepomierne innych, co przy nieostrożnem napełnianiu pęcherza może sprowadzić jego przerwanie. Zrosty z otrzewną utrudniają jej odsunięcie przy cięciu nadłonowem. Złogi i nacieki nowotworowe, tudzież zwyrodniałe gruczoły chłonne, mogą uciskać moczowody, wywoływać ich rozszerzenie, zapalenie miedniczek, ropnie przynerkowe, bezmocz (*Anuria*), charłactwo moczowe i inne sprawy w nerkach.

Chirurg, przystępując do operacyi, powinien wyrobić sobie dokładne pojęcie o granicach, pojemności i podatności pęcherza, o naciekach ścian, zrostach i grubości tak pęcherza jak i narządów sąsiednich. Guz znaleziony w okolicy pęcherza i będący z nim w związku, zależy najczęściej od spraw okołopęcherzowych, od zrostów, ropni lub zwykłych zapaleń zlepnych, i dopiero, po zupełnem wykluczeniu tych spraw, można nabrać przekonania o jego przyrodzie. Guz pęcherza jest dla wprawnych nawet rąk często niewyczuwalnym i rozpoznawanie jego należy oprzeć na ściślej analizie moczu i kału, na zbadaniu narządów sąsiednich, t. j. jelit i części rodnych; a obecność w moczu szczątków guza, przetoki pęcherzowo-jelitowe, — często wyjaśniają tę ciemną sprawę tak co do rozpoznania jak i leczenia, które tu leży jedynie i niepodzielnie w ręku chirurga.

III. Przyczynek do onkologii spojówki i powiek.

Napisał

Dr. K. Rumszewicz (w Kijowie).

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

5. Naczyniak (*Angioma*) jamisty górnej powieki. Jakkolwiek według Maasa (*Archiv für klinische Chir.* XII, 2) naczyniaki powiek stanowią 10·7% naczyniaków twarzy, jednakże w ostatnich latach mało na nie zwracano uwagi.

A. S., 24-letni, ma lewe oko zupełnie prawidłowe, w prawem astygmatyzm nadmiarowy, zresztą oko i dolna powieka prawidłowe. Górna powieka opadnięta o tyle, że szpara powiekowa jest dwa razy węższą od szpary lewego oka. Od rodziców chory wiedział, że urodził się z nieznaczną plamką błękitną na prawej górnej powiece, która (plamka) do 12 lat stopniowo się zwiększała. W samym środku powieki znajdował się guz, którego większa (pozioma) średnica wynosi 1·5 ctm., mniejsza zaś (pionowa) 1 ctm. Wypukłość guza wynosi w środku niemniej 1 ctm.; ku dołowi, od brzegu powieki, dzieli go pasemko skóry 2 mm. szerokie. Guz jest zupełnie nieruchomy. Pokrywająca go skóra w części obwodowej (w obrębie pasa prawie 3 mm. dokoła wynoszącego) jest bladą, daje się ująć w fałdy, przeciwnie w części środkowej jest ona barwy ciemnoszafirowej i zrośnięta z guzem. Okoliczność ta ułatwiła znacznie operacyę, gdyż usunęła potrzebę plastyki, ponieważ powierzchnia skóry, którą usunąć należało, miała tylko 1 ctm. długości i znacznie mniej szerokości. Powiekę zacisnąłem do kleszczyków Snellena i usunąłem guz całkowicie. Dochodził on do chrząstki, lecz luźnie tylko był z nią zrośnięty. Na skórę, którą oddzieliłem na pewnej przestrzeni, założyłem trzy szwy jedwabne. Krwotoku prawie nie było; 5-tego dnia po operacyi chory odjechał do domu. Szerokość obu szpar powiekowych była jednostajną.

Podczas operacyi guz opadł zupełnie, lecz po zanurzeniu go w płynie, przybrał niezwłocznie kształt pierwotny. Przechowałem go w formalinie [1] (Form. 2% 4, Wysk. 96% 6), poczem jednę połowę badałem na cięciach poprzecznych w parafinie, drugą na cięciach podłużnych w fotoksylinie. Badanie drobnowidowe wykazało przedewszystkiem znaczne zmiany w skórze. Warstwy przyskórka były bardzo cienkie, nadto komórki walcowate głębokiej warstwy sieci Malpigiusza zawierały prawie tyle barwika jak u murzynów. Warstwa skóry właściwej była nadzwyczaj cienką i posiadała bardzo liczne komórki barwikowe. Nadto skóra, zwłaszcza ku dołowi, tworzyła bardzo głębokie fałdy; warstwy podskórnej wcale nie było. Bezpośrednio pod skórą znajdowały się obszerne przestwory w części krwią wypełnione; niekiedy warstwa skóry właściwej tak dalece była cienką, że przy słabem powiększeniu zdawać się mogło, że warstwa przyskórkowa stanowi bezpośrednio ścianę przestworu. To też torebki meszku i gruczoły ułożone były zupełnie inaczej, niż w prawidłowej skórze powieki. Najpierw torebki włosowe nigdy prawie nie zagłębiały się w kierunku mniej więcej prostopadłym do powierzchni, jak to zwykle bywa, lecz w miejscach, w których warstwa skóry cokolwiek była grubszą, przybierały kierunek bardzo ukośny, ledwo nie równoległy z powierzchnią; pospolicie zaś znajdowały się w przegródkach między jamami warstwy powierzchowej, wypełniając nieraz całą prawie grubość tych przegródek. Gruczoły łojowe były bardzo spłaszczone i znajdywały się zwykle w warstwie skórnej, niekiedy jednak razem z torebkami włosowemi w samych przegródkach. Gruczoły potowe bardzo rzadko znachodziły się w przegródkach, zwykle zaś bardzo głęboko, pod warstwą powierzchowną jam, w istocie samego nowotworu, a wskutek tego długość ich przewodów wynosiła niekiedy przeszło 3 mm. Naczyń krwionośnych w warstwie skóry było bardzo niewiele i przeważnie były to naczynia włosowate, lub o bardzo wązkiem świetle. Istotę samego guza stanowiły przestwory jamiste, w części krwią napełnione. Wyraźnie występowały w niej dwie warstwy odrębne: powierzchowna, którą stanowiły większe przestwory i głęboka — znacznie mniejsze. W warstwie powierzchownej kształt jam był bardzo nieprawidłowy, dłuższa średnica wynosiła od 0,5 do 3 i więcej mm. Przeciętny stosunek średnicy przestworu do grubości przegródek przedstawiał się jak 20:1. Przegródki zresztą rozmaitą miały grubość i budowę. Grubsze składały się z włóknistej tkanki łącznej, w której znajdywały się liczne bardzo włókna sprężyste, nadto można było w nich stwierdzić nieliczne, lecz bardzo długie gładkie włókna mięśniowe, nigdy jednak nie tworzyły one pęczków, jak to ma miejsce w ciałach jamistych. Cienkie przegródki składały się li tylko z tkanki łącznej, a grubość ich była niekiedy tak nieznaczną, że nie ustępowały one w niczem najcieńszym przegródkom przestworu Fontany. Dodać mi wypada, że w niektórych przegródkach przechodziły dość grube tętnice, o bardzo rozwiniętej pochewce mięśniowej; kierunek ich był częściej wężykowaty, lecz niekiedy cieńsze, a nawet grubsze tętnice przecinały przestwory w kierunku ściśle prostym. Własnych naczyń przegródki miały niewiele. Przestwory łączyły się ze sobą za pomocą otworów o tyle szerokich, że właściwiej byłoby określić, że mieliśmy tu jeden obszerny przestwór krwią napełniony, w którym znajdywały się tylko liczne przegródki.

Wspomniałem już, że w przegródkach pomiędzy przestworami warstwy powierzchownej guza napotykałem gładkie włókna mięśniowe. O wiele rzedziej jeszcze obok nich znajdowały się cienkie włókna poprzecznie prążkowane. W głębszych warstwach istoty guza, w przegródkach, już znacznie więcej napotykałem tych włókien, zacząwszy jednak od tego miejsca budowa guza ulegała zmianie, mianowicie średnice przestworów stawały się coraz mniejszemi — mieliśmy wspomnianą już wyżej warstwę głęboką. W tej warstwie ulegał również zmianie stosunek przegródek do przestworów. W miarę jak ostatnie stawały się coraz mniejszymi, przegródki coraz bardziej grubiały, jednocześnie ilość w nich włókien poprzecznie prążkowanych coraz się zwiększała, aż w końcu włóknistej tkanki wcale prawie w nich nie było, stanowiły je wyłącznie prawie pęczki włókien mięśniowych poprzecznie prążkowanych. W miejscach, gdzie przegródki były bardzo cienkie, zdawać się mogło, że krew opłukiwała bezpośrednio włókna mięśniowe.

Opiszę teraz stosunek przestworów do naczyń krwionośnych. Przebieg naczyń w powiekach dokładnie opisał

[1] Zauważę, że o ile formalina jest w istocie poniekąd jedynym środkiem do przechowywania oczu w stanie co do wejrzenia zupełnie do prawidłowego zbliżonym, o tyle znów, dla badań drobnowidowych o wiele jest korzystniejszem używać płynów Flemminga i Fala.

Fuchs (*Zur Anatomie d. Blut- und Lymphgefässe der Augenlider. Arch. f. Ophthalm.* XXIV. 3). Z badań jego wiemy, że dolna brzegowa tętnica (*Bandarterie*) powieki górnej daje gałęzie ku górze, które zespajają się z tętnicami, przebiegającemi w skórze i, cokolwiek niżej połowy wysokości chrząstki, udającemi się ku przedniej jej powierzchni; są to górne tętnice skórne. Nadto dolna tętnica brzegowa wysyła gałęzie ku dołowi, które unaczyniają rzęsy i zespolają się z dolnemi tętnicami skóry. Oczywiście guz wyrósł w obrębie rozgałęzień wymienionych tętnic. Warstwa właściwej skóry, jak powiedziałem już, była nadzwyczaj cienką; to też w niej prawie wyłącznie znajdywały się, nieliczne zresztą, naczynia włosowate. Naczynia krwionośne zmierzały do miąższu guza od obwodu i od wewnątrz. Sposób połączenia był taki, że w obwodzie cieńsze i grubsze tętnice, o bardzo rozwiniętej pochewce mięśniowej, bezpośrednio łączyły się z przestworami; w pobliżu wejścia tętnicy do przestworu, na pewnej przestrzeni pod śródbłonkiem, znajdywały się nadto włókna gładkie mięśniowe. Względnie nieliczne, chociaż często grube, tętnice wchodziły, mieszcząc się w ścianach przegródek, do miąższu guza i tu w rozmaitych miejscach wpadały w ten sam sposób do przestworków.

Dokoła obwodu guza i w powierzchownej jego warstwie tętnice bardzo rzadko tworzyły jakby bańki. Inaczej rzecz się miała w głębokiej warstwie guza. Tu znacznie więcej było tętnic, nadto prawie zawsze tworzyły one uprzednio bańki i dopiero za pomocą tych rozszerzonych części, łączyły się z przestworami, jak już wyżej mówiłem, o wiele mniejszymi, niż w warstwie powierzchownej guza. Stosunek żył do przestworów był mniej więcej taki sam, co i tętnic. Dodać do tego wypada, że ściany przestworów zawsze bezwarunkowo wyścielał śródbłonek. Nawet jeśli przez przestwory przechodziły bądź bardzo cienkie przegródki z tkanki łącznej, bądź cienkie włókna poprzecznie prążkowane, bądź też naczynia krwionośne, przy dokładniejszem badaniu zawsze można było dostrzedz na nich warstwę śródbłonka. Przeto stanowczo muszę zaprzeczyć twierdzeniu Bossalino i Hallauera, którzy w przypadku naczyniaka spojówki (*Ein Fall v. subconjunctivalen Angiom. Arch. f. Ophthalm.* XLI. 3.) nie zawsze przekonać się mogli o istnieniu całkowitej warstwy przybłonka. Zatem krążenie krwi w guzie odbywało się, jak zresztą zawsze bywa, w przestrzeni zupełnie zamkniętej i wyścielonej śródbłonkiem, z tą tylko różnicą, że w miejscu naczyń włosowatych, pomiędzy tętnicami a żyłami, znajdywały się utwory jamiste. Powiedziałem już, że tętnice, nawet dość grube, wpadały bezpośrednio do jam; czy jednak obok tego nie łączyły się niekiedy z jamami również naczynia włosowate, jak to ma miejsce w fizyologicznej jamistej tkance naczyniowej, stanowczo orzec nie mogę.

Wiemy, że guzy naczyniowe dwojakiego są rodzaju: w jednych mamy tylko rozstrzeń naczyń (*Teleangiectasia v. angioma simplex*), w drugich utwory jamiste, (*angioma cavernosum*). Otóż w naszym przypadku mieliśmy właściwie obie postacie, gdyż w warstwie powierzchownej był typowy naczyniak jamisty, w warstwie zaś najgłębiej położonej, raczej tylko rozstrzeń naczyń. Zacząwszy od tej warstwy najgłębszej i posuwając się ku przodowi, mogliśmy widzieć, jak początkowa rozstrzeń przechodziła stopniowo w typowy utwór jamisty.

Dalej w przegródkach, prócz tkanki łącznej i nielicznych gładkich włókien mięśniowych, które dają się napotykać zarówno w fizyologicznej tkance naczyniowej jamistej, jakoteż w naczyniakach jamistych, w naszym przypadku mieliśmy nadto poprzecznie prążkowane włókna mięśniowe. W powierzchownej części nowotworu, w obrębie większych jam, były one bardzo nieliczne, lecz w warstwie środkowej już o wiele liczniejsze, w głębokiej zaś warstwie przegródki pomiędzy jamami głównie, jeśli nie wyłącznie prawie, były utworzone przez włókna mięśniowe poprzecznie prążkowane. Dziwić to nas bynajmniej nie powinno, gdyż guz znajdował się właśnie w obrębie mięśnia okrężnego, którego nadto zajmował całą grubość, gdyż tylna powierzchnia jego znajdywała się na ochrzęstnej. Mieliśmy więc naczyniak jamisty mięśniowy.

Bossalino i Hallauer, w przypadku, o którym już wspomniałem, również mieli do czynienia z naczyniakiem jamistym mięśniowym. Guz powstał w 12-tym roku życia, w spojówce gałki, chociaż podczas operacyi przekonano się, że znajdywał się on w bezpośredniem połączeniu z mięśniem wewnętrznym prostym oka. Guz ten, otoczony dokoła torebką, składał się z dwóch części: w jednej przestwory były znacznej wielkości 1·2 mm., szerokości 0·5, przegródki względnie cienkie; w drugiej przestwory były małe, (do 0·08 mm.), przypominały raczej zwykłe naczynia, podścielisko znacznie rozwinięte, nadto znajdywały się w niem liczne włókna mięśniowe poprzecznie prążkowane. Włókna te znajdywały się również w przegródkach pomiędzy większymi przestworami, tylko tu były one bardzo zmienione, prążkowanie częściowo, lub nawet zupełnie znikało, jądra omięsnej barwiły się słabo, w końcu włókna mięśniowe wyglądały raczej jak krople istoty szklistej. Autorowie słusznie utrzymują, że jeśli część guza o większych przestworach powstać mogła w tkance podspojówkowej, to przynajmniej w części, o mniejszych przestworach, guz miał wszystkie cechy naczyniaka jamistego. W gruncie rzeczy była to zupełnie ta sama budowa, jaką widzieliśmy w moim przypadku. W dwóch tylko punktach nie zgadzam się z Bos. i Hal. Najpierw w większych przestworach często wcale nie znajdywali oni śródbłonka; co do mnie, przekonałem się, że wszystkie jamy wyścielała całkowita warstwa śródbłonka. Dalej, jakkolwiek w moim przypadku, włókna mięśniowe, w głębokiej warstwie, zdawały się często stanowić same przez się przegródki pomiędzy przestworami, lub też przecinały je w kilku naraz kierunkach, to jednak przy dokładniejszem badaniu znajdywałem na nich zawsze warstwę tkanki łącznej, a na powierzchni jej warstwę śródbłonkową.

Opisany przez Bos. i Hal. przypadek jest zdaniem autorów jedyny, dotąd opisany przypadek naczyniaka w przyrządzie ruchowym oka. Leber w przypisku do tej pracy mówi o przypadku, w którym żylak podspojówkowy otaczały jamiste przestwory, które dochodziły do równika gałki i nawet zagłębiały się cokolwiek do tkanki białkówkowej. Otóż stosunek przestworów do ścięgna mięśnia prostego wewnętrznego zdawał się być zupełnie takim, jak w przypadku Bos. i Hal. Badania anatomicznego wszakże nie dokonano."

Co się tyczy naczyniaków jamistych w obrębie mięśnia okrężnego, to w roczniku Nagela za rok 1880 (str. 406) znalazłem krótką wzmiankę, że Bull spostrzegał wypadek naczyniaka jamistego w mięśniu okrężnym powiek.

6. Znamię barwikowe (właściwie skórzak) fałdu półksiężycowego. 20letnia A. N... ma „wrodzoną plamkę na lewem oku". Spojówka oka tego jest zupełnie prawidłowa i blada. W środku kąta wewnętrznego oka znajduje się czarna plamka, umocowana na fałdzie półksiężycowym, o 1 mm. ku górze od mięska łzowego. Wyciąłem ją za pomocą dwóch cięć nożycami. Badanie drobnowidowe wykazało: podstawę guziczka tworzyły 3 cebulki meszku, obok torebek których znajdywały się słabo zresztą rozwinięte gruczoły łojowe. Otaczała je tkanka łączna, w której znajdywały się liczne gwiaździste i wrzecionowate komórki barwikowe, zawierające bardzo wiele barwika. Komórki warstwy zewnętrznej przybłonka miały kształt sześcienny i również zawierały bardzo liczne ziarnka barwika.

IV. Oceny i sprawozdania.

Über geschlechtliche *(discrete)* **Krankheiten.** Eine populäre Belehrung von Dr. J. Bogdanik. Biała, 1896.

W przedmowie zwraca autor uwagę na nierozwagę społeczeństwa, które uważa choroby weneryczne za tajemne, a chorych ma za wyrzutków, co przyczynia się do zatajenia choroby przez chorych, a tem samem szkodzi całemu społeczeństwu. Dlatego też uważa autor za stósowne, aby pogląd na te choroby był dla każdego przystępnym i tym wstępem uzasadnia on napisanie tej popularnej rozprawki.

Rozpoczynając od rzeżączki, przechodzi kolejno wszystkie choroby kiłowe, opisując popularnie i dla każdego zrozumiale ich przebieg, a nawet pokrótce i leczenie, przyczem zwraca szczególniejszą uwagę na następstwa powstające skutkiem nieleczenia się. Przy rzeżączce u mężczyzn zwraca uwagę na wszystkie powikłania, oraz na możność przeniesienia choroby i na inne narządy; u kobiet zaś przestrzega przed tajeniem choroby, wskazując na niepłodność po rzeżączce i na choroby części dodatkowych, jakoteż na przenoszenie się rzeżączki na oczy noworodka. Przy wrzodzie miękkim wspomina o częstości dymienic, powstających w skutek zaniedbanego leczenia. Opisując objawy i przebieg kiły, zachęca B. do leczenia pod nadzorem lekarza, wspomina zarazem o leczeniu rtęcią i o rtęcicy. W końcu przystępuje do sprawy małżeństwa ludzi, którzy choroby weneryczne przebyli, twierdząc, że lekarz obowiązany jest wypowiedzieć swe zdanie w tym kierunku, bez wszelkich względów. Przy rzeżączce i wrzodzie miękkim, po wyleczeniu tych chorób, skojarzenie się małżeństwa nie może ulegać żadnej kwestyi; co zaś do kiłowych, to tu lekarz musi być ostrożnym i „sumiennym sędzią". Autor zgadza się na małżeństwo tylko w takich warunkach, jeżeli osobnik nie przedstawia zmian kiłowych, a od początku zakażenia minęło już 3—4 lat; wreszcie, jeżeli od ostatnich objawów kiły upłynęło $1^1/_2$—2 lat, dalej, jeżeli kiła nie była zbyt ciężką (opinia zależy od lekarza), wreszcie jeżeli chory przebył dokładne i dostateczne leczenie. W dalszym ciągu przedstawia B. następstwa małżeństwa przy niewyleczonej kile, zwracając uwagę na możność zakażenia żony i prawdopodobieństwo powstania u potomstwa kiły dziedzicznej, której objawy opisuje. Przy kile dziedzicznej przestrzega, aby dziecko kiłowe karmiła tylko własna matka, by ustrzedz mamkę od zarażenia się. W końcu przechodzi jeszcze w krótkości inne choroby narządu płciowego, jak częste zmazy nocne, kłykciny kończyste, zapalenie żołędzi, stulejkę i załupek.

W zakończeniu tej pracy przestrzega autor chorych przed zaniedbaniem choroby, zaleca im ostrożność w obcowaniu z otoczeniem, a zdrowym tolerancyę względem chorych, współczucie i pomoc, wreszcie występuje przeciw tym, którzy świadomie, a w najwyższym stopniu niesumiennie, zakażają drugie osoby.

Rozprawa napisana przystępnie, a jako popularna, treścią przystosowana do ogółu czytelników nielekarzy. Zdrowy, czytając ją, pouczy się o przebiegu chorób wenerycznych, zwykle ze słuchu tylko mu znanych; chory — porównując własną chorobę, z takąż w rozprawie opisaną, jeżeli się nie leczy, co już dowodzi, że jest mało inteligentny i niedbały, trudno więc przesądzać, czy rozprawka do leczenia go zachęci; jeżeli zaś jest już pod opieką lekarza, to ten go objaśni o przebiegu i następstwach choroby, szczególnie w razie zaniedbania. Człowiek wykształcony, napewno w razie choroby leczyć się będzie. Dlatego uzasadnienie celu napisania niniejszej rozprawki, we wstępie wyrażone, nie jest dostatecznem i trudno zrozumieć, jaka kategorya chorych czy zdrowych może korzystać z pracy autora. Z nauk lekarskich, jesteśmy zwolennikami popularyzowania tylko higieny i tu praca niezawodnie jest obfita w owoce. Rozprawy o treści patologicznej nie osiągają celu. *F. K.*

Wróblewski Wincenty: **O rozwoju niektórych chorobotwórczych drobnoustrojów na pożywkach z dodatkiem wyciągów nadnercza.** *(Ctblt. f. Bact.* Tom XX. Nr. 14/15).

Badania dotyczyły prątka durowego, *bacterium coli*, cholery i choleroidów, wąglika, prątka ropy błękitnej, *bac. prodigiosus* i prątka błoniczego. W. używał spożywek bulionowych, jakoteż agarowych i żelatynowych, skrzepniętych ukośnie w próbówkach. Z prób porównawczych wynika, że rozmaite drobnoustroje rosną inaczej na zwykłych pożywkach, niż na pożywkach z dodatkiem wyciągów z nadnercza. Najważniejsze są różnice wzrostu *bact. coli* i prątka durowego; ten ostatni rośnie na agarze, zaprawionym wyciągiem z nadnercza, o wiele wolniej, niż pierwszy, z czego skorzystaćby można w celach rozpoznawczych. Różnice wzrostu cholery i choleroidów na bulionowym wyciągu nadnercza nadają się również do rozróżnienia tych drobnoustrojów i mogą śmiało stanąć, obok znanych już dawniej różnic ich wzrostu, w kłutych hodowlach żelatynowych. Ze względów technicznych nie mógł autor dokonać prób z hodowlami kłutemi na pożywkach żelatynowych, wyciągiem nadnercza zaprawionych; szkoda jednak, że nie zaokrąglił pracowitych swych badań hodowlami na płytkach żelatynowych. *Ciechanowski.*

V. Wyciągi.

Jodoformin. (*Wiener Mediz. Blätter.* 1896). Nie ulega wątpliwości, że jodoform odpowiada w wysokim stopniu swemu zadaniu, lecz posiada i strony ujemne, mianowicie, nie daje się sterylizować, a wskutek przykrego zapachu, nie zawsze bywa w praktyce znoszonym; nadto nieraz wywołuje jodoform wypryski, a stósowany w proszku, tworzy skorupy, które stanowią zaporę do odpływu wydzieliny.

Te właśnie strony ujemne jodoformu dały powód chemikom do szukania innego środka, któryby, nie ustępując bynajmniej jodoformowi, był jednak wolnym od ujemnych jego stron. Prof. Kölliker zaleca jodoformin, jako taki udoskonalony środek. Najgłówniejszą jego zaletą jest to, że wydzielina z ran rozkłada go, przyczem wyzwala się jodoform; zatem lek ten posiada te same własności antyseptyczne co i jodoform, a według badań bakteryologicznych w instytucie higienicznym Prof. Finklera w Bonn, należy mu się pierwszeństwo przed jodoformem. Jodoformin jest bardzo delikatnym białym, lub lekko żółtym proszkiem, nierozpuszczalnym w wodzie, eterze i zimnym wyskoku, rozpuszcza się natomiast słabo w gorącym wyskoku. Różni się tem od jodoformu, że w wysokiej ciepłocie (140°) daje się łatwo sterylizować.

Jodoformin stosuje się w proszku, gazie jodoforminowej, w zawiesinie glicerynowej i w maściach.

Za jodoforminem przemawia dużo zalet: tak proszek, jak i gaza dają się przy wyższej ciepłocie wyjaławiać, jest prawie bezwonny, i dopiero na ranie, wskutek wydzielania się jodoformu, wydaje słaby zapach tego ostatniego. Nadto jodoformin osusza ranę dokładnie, i nie tworzy skorup, nie drażni, tak, że przy stósowaniu go nigdy wyprysków nie zauważono.

Stosuje się jodoformin w proszku przedewszystkiem w gruźlicy, mianowicie w wilku, wrzodach gruźliczych, nadto w wrzodzie podudzia, oraz miękkim i twardym wrzodzie (*ulcus molle et durum*).

Gazy jodoforminowej używa się do opatrunków, w oparzeniach i do tamponów wrzodziejących ran.

Zawiesiny zaś używamy do injekcyj w ognisku gruźliczem, jak również po operacyi ropni opadowych.

Nawet i przy rzeżączce stosowano jodoformin, wdmuchując go do cewki. *Dr. Adam Dobrowolski.*

Prof. Heidenhain: **O porażeniu jelit po uwięznięciu.** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* Tom 43. Z. 3.). W jednym przypadku skręcenia S. *romanum*, wykonana laparatomia, odkręcenie i przyszycie zgięcia esowatego do powłok brzusznych, na chwilę tylko usunęły objawy niedrożności, które wnet groźnie powróciły. Kilkakrotnie podany olejek rącznikowy usunął objawy chorobowe. W drugim przypadku, po udałem odprowadzeniu przepukliny, objawy uwięznięcia utrzymywały się. Po otwarciu jamy brzusznej przekonał się H., że przyczyną niedrożności było wybitne porażenie pętli uwięzłej i okręcenie się jej. I tu odkręcenie, a po narkozie duża dawka olejku racznikowego wystarczyły, by choremu zupełnie zdrowie przywrócić. Analizując szczegółowo oba przypadki i przytaczając kilka z literatury, wyraża autor przekonanie, że w obu istniało porażenie ścian jelita, bez równoczesnego zapalenia otrzewnej, a przyczyną porażenia były zaburzenia w odżywianiu.

I dlatego, niejako zapobiegawczo, odradza H. podawanie makowca po herniotomiach i operacyach z powodu niedrożności jelit. A jak go własna statystyka poucza, takie odstąpienie od zwyczaju, żadnych szkód choremu przynieść nie może. Wielu autorów w miejsce powszechnie używanego makowca, podają raczej środek przeczyszczający.

Trudno jednak kierować się w praktyce szematem. Można tu mieć tylko pewne punkty wytyczne. Po odprowadzeniu, lub po herniotomii, albo po operacyi zagłoby jelit, objawy niedrożności utrzymywać się mogą i nadal. W takich przypadkach pamiętać należy i o tem, że przyczyną niedrożności może być porażenie. Jednak gdy stanie się to po odprowadzeniu, należy raczej otworzyć jamę brzuszną, bo chodzić może o przeszkodę mechaniczną (skręcenie, zaciśnięcie zrostami i t. d.). Wykonana poprzednio herniotomia pozwala do pewnego stopnia wykluczyć zgorzel pętli, zapalenie septyczne i t. p. A wtedy w pierwszej linii należy próbować wlewań do kiszki prostej, olejku rącznikowego i t. d. U chorych z niedrożnością trzeba się starać o energiczne wypróżnienie jelita, czy to podczas, czy po operacyi. W ostateczności pozostaje *enterostomia.* *Dr. Herman.*

Dr. L. Pick i J. Jacobsohn: **Nowy sposób barwienia bakteryj szczególnie gonokoków Neissera.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr 36. 7. IX. 1896). Właściwie sam sposób barwienia nie jest nowy, a nowym jest tylko barwik. Po różnych kombinacyach i próbach znaleźli autorowie mieszaninę, składającą się z dwóch barwików zasadowych anilinowych, która się bardzo dobrze nadaje do barwienia bakteryj w suchym preparacie. Mięszaninę sporządza się w następujący sposób: Do 20 ctm.³ wody dodaje się najpierw 15 kropli fuksyny karbolowej (*Ziehl*), a potem 8 kropli zgęszczonego rozczynu wyskokowego błękitu metylenu. Otrzyma się rozczyn o kolorze niebiesko-czerwonym. Postępowanie z tym barwikiem jest następujące: ropę, względnie wydzielinę, rozcieńcza się na szkiełku i obsusza, na to daje się kilka kropli (1—3) tego odczynnika i zostawia przez 8—10 sekund najdłużej, (niektóre bakterye barwią się w jedno mgnienie czasu); potem się obmywa wodą i znowu obsusza. Trwałe okazy ogląda się pod mikroskopem z balsamem kanadyjskim. Zaletą tej metody jest ta okoliczność, że przez jednorazowe zastósowanie barwika, barwi się inaczej tkanka, a inaczej bakterye. Najwyraźniej występują zawsze bakterye, szczególnie gonokoki i podobne do nich meningokoki. Zjawisko to polega na większem powinowactwie bakteryj do barwików złożonych (zmięszanych). Metoda ta poleca się z powodu szybkości i wyrazistości. Tylko gruźlicze laseczniki Kocha, *b. leprae* i spory nie barwią się tą mięszaniną. Po dłuższem staniu, szczególnie wystawiony na działanie światła, barwik rozkłada się. *Dr. Hirsch.*

P. Fürbringer (Berlin): **Kryształki w narządzie płciowym mężczyzny.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 38. 1896). W r. z pojawiły się dwie prace w tym kierunku: jedna, ze stanowiska chemicznego, napisana przez Th. Cohna w pracowni Lichtheima, druga, o treści fizyologicznej, ogłoszona przez Lubarscha, z zakładu patologicznego w Rostoku. Przytaczając zapatrywania wielu autorów, zgadzających się na nietożsamość kryształków Charcota i Böttchera, — poddaje autor krytyce obie powyższe prace. Podnosi wartość naukową wywodów Cohna, gdyż autor ten, na podstawie badań krystalograficznych, dopatruje różnicę między powyższymi kryształkami. Natomiast Lubarsch przychodzi do innego wniosku: znalazł on kryształki Charcota nietylko w wielu wydzielinach, lecz także w jądrze i to tak w nasieniu, jak i między przybłonkami jądra, dodając, że tworzą się one tylko za życia, równorzędnie z wytwarzaniem się nasienia. Dalej podaje L., że znalazł kryształki Böttchera w 90% przypadków, w gruczole krokowym, a w 15% w pęcherzykach nasiennych, jakoteż w soku gruczołu krokowego człowieka żyjącego. Na mocy tych badań uważa L. kryształki Charcota i Böttchera za tożsame. Fürbringer stanowczo się sprzeciwia wywodom Lubarscha, jakoby kryształki te z jąder pochodziły, i twierdzi, że są one wytworem przybłonków gruczołu krokowego, nie mają nic wspólnego z wydzieliną jąder i pęcherzyków nasiennych i nadają nasieniu cechujący zapach. *F. K.*

Dr. Paul Rosenberg: (Berlin). **O działaniu Formaldehidu w rozczynach dotąd nieużywanych.** (Tymczasowe doniesienie) (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 39, 1896). Jakkolwiek zastósowanie formaldehidu jest dziś bardzo obszerne, to przecież pozostaje w tym kierunku dość wiele do zbadania, a w szczególności zaś sprawa stósowania jego w formie pary. Dotychczasowe próby używania formaldehidu w tej formie były bardzo nieliczne i niedokładne, gdyż formalina płynna, jakiej się powszechnie używa, nie nadaje się do uzyskania formaldehidu w stanie gazowym, a wytwarzanie jego z alkoholu metylowego jest niewygodne i wprost dla zdrowia szkodliwe. Przy odparowywaniu formaliny (40% rozczyn wodny formaldehidu) mała część jej może ulatniać się. Przy rozkładaniu alkoholu metylowego, za pomocą rozżarzonej platyny, na aldehid i wodę, zachodzi ta niedogodność, że wytwarza się w znacznej ilości tlenek węgla, a i formaldehid w tej formie działa żrąco na błony śluzowe; przytem potrzeba znacznej ilości alkoholu.

Dla tych to powodów używa autor wspólnie z Drem Oppermannem t. zw. holziny t. j. 60% rozczynu formaldehidu w alkoholu metylowym. Korzyść stąd ta, że formaldehid w tym rozczynie paruje doszczętnie, oraz, że do uzyskania pary potrzeba bardzo małych ilości holziny, przez co działanie trujące formaldehidu nie może się uwydatnić. Do parowania używają wspomniani autorowie przyrządu bardzo prostego. Na asbestowy talerzyk nalewa się holziny i zapomocą żarzenia pobudza się ją do ulatniania. W celu usunięcia działania żrącego, dodaje się nieco mentolu. W takiem połączeniu działa formaldehid nawet korzystnie na błony śluzowe narządu oddechowego. Mieszaninę taką nazywa autor „holzinolem“. Tyle o stronie technicznej doświadczenia. Dalej następuje zastósowanie pary formaldehidu do celów praktycz-

nych. Nasamprzód uzyskuje się zapomocą niej dokładną sterylizacyę powietrza, oraz innych przedmiotów, bez ich niszczenia. Według doświadczeń autora, nawet przetrwalniki (*Dauersporen*) wąglika mają ulegać szybko niszczącemu wpływowi pary formaldehidu.

Bardzo dobrze ma się nadawać para formaliny do wyjaławiania spożywek, n. p. mięsa, nie zmieniając ich smaku i zapachu. Można w ten sposób wyjałowione mięso powlec warstwą żelatyny, która twardnieje pod wpływem formaldehidu i stanowi nieprzepuszczalną osłonę przed możliwymi zarazkami. Zastósowanie lecznicze „holzinolu“ zostało wypróbowane w krztuścu. W tym celu ustawia się w pokoju chorego opisany powyżej talerzyk z holzinolem, zamykając równocześnie okna i drzwi. Powietrze szybko nasyca się parą mentolu i formaldehidu, a wpływ leczniczy objawia się spadkiem liczby napadów, z kilkunastu na kilka, a wreszcie zupełnym ich ustaniem. Autor stosuje holzinę także w płynie. Doświadczenia zapomocą hodowli wykazują, że formaldehid powstrzymuje rozwój bakteryj w rozczynie nie 1:10,000, jak twierdzi Walter, lecz już 1:100,000, a 1:75,000 niszczy drobnoustroje. Przeto rozczyn $3^0/_{00}$ holziny (3 łyżki na 10 litrów wody) nadaje się do mycia podłóg w szpitalach, izbach chorych, szkołach t. t. d. Nawiasem mówiąc, ma on również niszczyć robactwo domowe; służy w celach weterynaryjno-policyjnych, o czem to wszystkiem obiecuje autor podać w swoim czasie dokładne sprawozdanie. Na zakończenie parę słów o wewnętrznem podawaniu formaldehidu. Autor wypróbował na sobie t. zw. sterisol, t. j. rozczyn cukru mlecznego, nasycony formaldehidem, i nie zauważył żadnych ujemnych skutków. (Dawka dzienna 0,015—0,06). Formaldehid dało się wykazać w moczu, w tym samym dniu, a mocz taki utrzymywał się długo bez rozkładu, i po speptonizowaniu nie powiodło się zaszczepić na nim żadnej hodowli. Zachęcony tem, stósował autor sterisol także w gruźlicy, róży i błonicy z widocznym pomyślnym skutkiem. *Walkowski.*

Rech: **Leczenie uporczywych wymiotów u brzemiennych** (*Hyperemesis gravidarum*) **zapomocą** *orexinum basicum.* (*Centralblatt f. Gynäk.* 1896. Nr. 33). W cięższych przypadkach wymiotów u brzemiennych, gdy brom, kokaina i inne środki nie pomagają, R. poleca podawanie *Orexinum basicum* w dawce 0,3 gr., trzy razy dnia. Po kilkorazowem użyciu tego środka wymioty ustają i stan ogólny znakomicie się poprawia. *Ww.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 7. Października 1896.

Przewodniczący kol. Surzycki. — Członków obecnych 34. — jako gość kol. Silberstein.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego, poświęca kol. przewodniczący gorące wspomnienie ś. p. prof. Rosnerowi. Zebrani oddają cześć pamięci zmarłego przez powstanie.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Zygmunta Satkowskiego przyjęto na wniosek komitetu w grono członków zwyczajnych.

3) Kol. Ciechanowski czyni i uzasadnia następujący przez komitet do wiadomości przyjęty i poparty wniosek: Towarzystwo lekarskie krakowskie postanawia zająć się organizacyą pomocy lekarskiej w porze nocnej, poruczając jej przeprowadzenie odrębnemu komitetowi wykonawczemu.

Wniosek ten bez dyskusyi przyjęto, a do komisyi wykonawczej, mającej przedewszystkiem rzecz dokładnie rozpatrzeć, wybrani zostali koledzy: Bossowski, Kwaśnicki, Ponikło, Śliwiński, Obaliński i wnioskodawca.

4) Kol. Ciechanowski czyni i uzasadnia następujący przez komitet Tow. poparty wniosek:

a) Towarzystwo lek. krak. postanawia postarać się za zezwoleniem Senatu Uniwersytetu Jagiell. lub autonomicznych władz krajowych o stworzenie zbiorowemi siłami lekarzy klinicznych, lub szpitalnych, z pomocą Sióstr miłosierdzia i instytucyi ks. Pelczara, w jednej z klinik lub oddziałów szpitalnych: — kursów nauki o pielęgnowaniu chorych, dostępnych dla wszystkich sfer społeczeństwa, bezpłatnych, kształcących teoretycznie i praktycznie.

b) Towarzystwo lek. krak. zainicyuje opracowanie zbiorowemi siłami treściwego podręcznika nauki o pielęgnowaniu chorych i postara się o znalezienie nakładcy, któryby go wydał możliwie jak najtaniej.

c) Przeprowadzenie obu tych spraw poleci Towarzystwo komitetowi lub też osobnej — o ile można — nie nadto licznej — komisyi wykonawczej.

W dyskusyi zabierali głos koll.: Buzdygan, Gluziński, Ponikło, Obaliński, Wernicki, Ciechanowski.

Do komisyi mającej rzecz rozpatrzeć, wybrani zostali koll. Braun, Browicz, Gwiazdomorski, Jakubowski, Obaliński, Rydygier, Wernicki i wnioskodawca.

5) Kol. Surzycki odczytuje list kol. Domańskiego, zawierający podziękowanie za nadaną mu godność członka honorowego i zapewnienie niezmiennej dla Towarzystwa życzliwości. List przyjęto oklaskami.

6) Kol. Ciechanowski zdaje sprawę z uporządkowania biblioteki Tow, którego, w ciągu dwóch tygodni wakacyjnych z pomocą 2 słuchaczy medycyny, na polecenie komitetu Tow. dokonał i przedstawia sporządzone przez siebie katalogi.

Stan biblioteki w d. 25 Września 1896. był następujący:

a) Inwentarz dzieł i rozpraw obejmował Nrów 1287, a mianowicie dzieł 167 — w 270 tomach, rozpraw 956, nadto 383 publikacyj balneologicznych w 63 fascykułach, z czego 218 sztuk w 25 fascykułach o zdrojach krajowych — ogółem więc broszur, nie licząc dubletów 1339.

b) Inwentarz czasopism obejmował Nrów 117, a mianowicie czasopism t. j. tygodników, miesięczników, kwartalników i roczników, nie licząc dubletów i braków 77 w 367 tomach, innych zaś wydawnictw peryodycznych 40 w 148 poszytach.

c) Księga braków liczy Nrów 78, obejmujących 12 tomów zdekompletowanych dzieł i 66 czasopism w 374 niekompletnych tomach, nie licząc dubletów. Wogóle zatem liczy biblioteka Nrów inwentarza 1401; tomów, poszytów, sztuk 2124, a po doliczeniu braków (386) — 2510. Ilość ta rozkłada się jak następuje:

Czasopism tomów	367	— nadto niekompletnych 374
Dzieł tomów	270	— „ „ 12
Rozpraw	356	
Publikacyj peryod.	148	
Publikacyj balneol.	383	— (z tego o polskich zdrojach 218).

Kol. Ciechanowski zawiadamia, że komitet uchwalił: 1) Postarać się o jaknajszybsze przeniesienie biblioteki w miejsce odpowiedniejsze; 2) aż do przeniesienia biblioteki i oprawy czasopism zamknąć ją zupełnie dla wypożyczających.

Kol. Gluziński wnosi, aby komitet małemi kwotami corocznie braki biblioteczne uzupełniał. Kol. Ciechanowski wyjaśnia, że obok innych sposobów i to już jest zamierzone.

Na wniosek komitetu wyrażają zgromadzeni oklaskami podziękowanie kol. Ciechanowskiemu za podjętą pracę.

7) Kol. Bossowski przedstawił chorego i okazał preparat anatomiczny z drugiego przypadku cierpienia, zwanego „Kephalhydrokele“ albo „meningokele spuria traumatica“. Dotąd opisano dopiero trzydzieści kilka przypadków tej sprawy, którą można w rozpoznaniu pomięszać z „meningokele vera“, jeżeli usadowia się w typowych dla tamtej miejscach; pomyłka ta jest zwłaszcza wówczas możliwa, jeżeli istnieją objawy połączenia chełboczącego guza z przestrzenią śródczaszkową. Za „meningokele traumatica spuria“ przemawia oprócz wywiadów istnienie wystających listewek kostnych w obwodzie guza, daleko od łączącego go z jamą czaszki otworu. Różnicę anatomiczną pomiędzy oboma cierpieniami stanowi to, że w „meningokele vera“ nagromadza się płyn mózgo-rdzeniowy w worku wysłanym oponą twardą i miękką, w „kephalhydrokele“ zaś, w worku złożonym z czepca ścięgnistego i okostnej czaszki. Etyologiczna różnica zaś polega na tem, że pierwsza jest wrodzona, druga wskutek urazu nabyta. Przy złamaniach i pęknięciach czaszki u dzieci pęka zazwyczaj i opona twarda, wówczas płyn mózgo-rdzeniowy wypływa pod czepiec ścięgnisty, unosi

go ku górze i tak tworzy się „meningokele spuria"; koniecznym więc warunkiem jej powstania jest pęknięcie kości i opony twardej, bez naruszenia powłok czaszkowych. Powstały otwór, łączący jamę guza z jamą czaszki, może zaróść zupełnie; zagojeniu się jego przeszkadzać mogą pewne warunki mechaniczne; bardzo zaś jest ono utrudnione, jeżeli równocześnie istnieje krzywica. W dalszym przebiegu mogą się guzy, jakie tworzy „kephalhydrokele" powoli zmniejszać, a wreszcie tak znikać, że tylko w pewnych położeniach ciała czepiec ścięgnisty nieco się ku górze wypukla. Aby guz zupełnie mógł zniknąć, konieczne są dwa warunki, t. j. aby połączenie jamy guza z przestworem międzyoponowym zupełnie się zamknęło i aby czepiec ścięgnisty skurczył się, stężał i do czaszki przylegl, co zwykle w miarę postępu wieku się wytwarza W pewnych razach z powodu nieprzyjaznych stosunków mechanicznych nie może „kephalhydrokele" pomniejszyć się i zniknąć; tak n. p. przeszkadzać temu mogą wyrośle kostne na obwodzie guza, na których wypuklony czepiec się opiera. Wobec krzywicy nie ma mowy o wygojeniu; otwór w czaszce wtedy powiększa się coraz bardziej, guz wzrasta, skóra nad nim cieńczeje, pokrywa się owrzodzeniami, wreszcie pęka, poczem zazwyczaj następuje zapalenie opon mózgowych i śmierć. W leczeniu należy wobec świeżych złamań podskórnych z wytworzeniem „kephalhydrokele" zachowywać się wyczekująco; operacya bowiem, zamieniając złamanie podskórne na komplikowane, stwarza warunki niekorzystne; co najwyżej można guz opatrzyć płytkami ochronnemi. Później, jeśli guz się nie powiększa, można dać pelotkę uciskową, o ile nie istnieje wyrośle kostne w obwodzie guza. Wstrzykiwania jodowe, doradzane przez niektórych autorów, są niepewne i niebezpieczne. Gdy guz się powiększa, a otwór w czaszce jest niewielki, radzą szerokie otwarcie i plastyczne pokrycie otworu. Jeżeli otwór jest duży i istnieje krzywica, stósowne będzie szerokie rozcięcie i osączkowanie guza. W przypadku, z którego pochodzi preparat, szczyt guza był owrzodziały i groził pęknięciem; mowca przypuszczał, że ma do czynienia z „meningokele" wrodzoną, szerokim otworem z czaszką połączoną; otworzył więc guz i próbował plastyki. Wynik jednak, wskutek przyłączenia się zapalenia opon, był niepomyślny. Przy sekcyi okazało się, że dno guza podczepcowego jest kostne i że na pozór nie ma otworu łączącego guz z jamą czaszki. Pęknięcie kości było zagojone prawie na całej przestrzeni; w jednem jednak miejscu utrzymał się niewielki otwór; zarośnięciu jego przeszkadzała część pękniętej opony twardej, która wpadła w szczelinę i zrosłą się brzegami z okostną.

Dyskusyę nad wykładem odłożono.

8) Kol. Obaliński przedstawia 43-letniego chorego, u którego wykonał 22. Września nephrotomię z powodu kamicy nerkowej. Chory od lat 7-miu cierpiał nieznośne bóle w boku prawym; przed 3-ma laty przebył silną żółtaczkę. Lekarz ordynujący przysłał chorego z rozpoznaniem kamicy żółciowej. Kol. Gluziński, który wtedy badał chorego, uderzony był brakiem wykazalnych zmian wątroby i pęcherzyka żółciowego, umiejscowieniem bólów więcej ku tyłowi i śladem białka w moczu, i podejrzywał cierpienie nerkowe. Kol. Obaliński stwierdziwszy to samo, nie mogąc napewno wykluczyć istnienia ani kamicy żółciowej, ani nerkowej, otworzył jamę otrzewnową cięciem wzdłuż łuku żebrowego. na wzór cięcia Bardenheuera. a to w tym celu, aby stąd módz dostać się równie wygodnie do nerki, jak do wątroby; przekonawszy się, że wątroba i woreczek żółciowy są prawidłowe, zaszył mówca otrzewnę, cięcie przedłużył aż ku okolicy lędźwiowej, tak, że obejmowało ono prawie pół obwodu ciała, wysunął drogą zaotrzewnową na zewnątrz nerkę prawą, o której powiększeniu przez cięcie otrzewnowe się przekonał, rozkroił ją na dwie połowy, jak przy sekcyi, aż do miedniczki, usunął znaleziony tu kamień i nerkę katgutem zeszył, uważając, aby szwów zamocno nie wiązać. Wyjęty kamień był większy od przekroju moczowodu, na powierzchni składał się z fosforanów. Operowany ma się bardzo dobrze.

Na zapytanie kol. Gluzińskiego odpowiadają koll. Obaliński i Rutkowski, że mocz był krwawy tylko przez dobę po operacyi i że obecnie jest na oko czysty, zawiera jednak mały ślad białka.

Kol. Kryński uważa cięcie kol. Obalińskiego za bardzo wygodne; polecał je także Pean.

9) Kol. Obaliński przedstawia guz nowotworowy nerki ogromnych rozmiarów, uzyskany przez operacyę z 30-letniego osobnika, który do zabiegu zgłosił się niestety bardzo późno. Rozpoznany przed operacyą nowotwór złośliwy rozgałęział się pod przeponą i ku kręgosłupowi bardzo daleko; wydobyć było go przez to bardzo trudno. Operacya nie zdołała chorego uratować. Mocz nie dawał żadnych wskazówek rozpoznawczych; silnych krwotoków, uważanych za charakterystyczne przy nowotworach, nie było, czasem tylko pojawiały się ślady krwi w moczu. Przeciw gruźlicy przemawiała wielkość guza, za złośliwym nowotworem szybki jego wzrost.

Kol. Ciechanowski nadmienia, że nowotwór przedstawiał utkanie mięsaka, złożonego z komórek dużych, wielokształtnych.

Kol. Kryński zauważa, opierając się na własnych spostrzeżeniach, że krwotoki nie są pewnym objawem rozpoznawczym nowotworów złośliwych nerki i że pojawianie się ich zależy zapewne od umiejscowienia i stanu nowotworu.

Kol. Gluziński badał chorego przed rokiem, — wówczas czuło się wybornie nerkę prawą nieco powiększoną i posuniętą mocno ku linii środkowej. Ponieważ nerka wędrująca zdarza się u mężczyzn nader rzadko, a u badanego nerka była powiększona, już wówczas więc nasuwało się przypuszczenie nowotworu. Po roku, — przed operacyą, wskazywał gwałtowny wzrost na nowotwór złośliwy.

10) Kol. Ponikło zaprasza zebranych na zwiedzenie nowego domu dezinfekcyjnego w szpitalu św. Łazarza.

Sekretarz: *Dr. Ciechanowski.*

VII. Przyczynek do klimatologii Azyi wschodniej.

Klimat Troickosawska v. Kiachty.

Zarys higieniczny.

Skreślił

J. Talko - Hryncewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Do warunków miejscowych, wpływających na klimat Troickosawska, należą: wysokie jego położenie nad poziomem morza, blizkość tak wielkiego zbiorowiska wód, jak jezioro Bajkał, oraz wiatry N i NW.

Latem Bajkał ochładza przyległe do niego miejscowości, pochłaniając nie mało cieplika z powietrza; zimą zaś, podczas 4-ro miesięcznego pozostawania tej ogromnej wodnej przestrzeni pod lodem, cieplik więcej przez nią się nie pochłania, co wpływa na zelżenie zimy. Czas zamarzania jako też topnięcia lodów na Bajkale i poblizkich rzekach Selendze i Czykoju, nie pozostaje bez wpływu na czasową zmianę ciepłoty: zamarzanie przyczynia się do złagodzenia chłodów grudniowych; puszczenie zaś lodów obniża w pierwszej połowie maja ciepłotę powietrza, przez pochłanianie cieplika. Najczęstsze i najsilniejsze wiatry N i NW, dmące od Bajkału, są zwiastunami deszczu i śniegu. Ze stepu Gobi wieją znowu wiatry południowe, zwane „suchowiei", które podnoszą w powietrze całe góry piasku. Miejscowa ludność wyróżnia jeszcze cichy wilgotny wiaterek „chius", ścielący się po ziemi, ze zmieniającym się wciąż kierunkiem i dmący w różnych porach roku.

Idąc za teorya braci Schlagintweit o rozmieszczeniu ciepła w Alpach, Wild stosuje ją do Wschodniej Syberyi. Według niego, w tej ostatniej, zimą dmą wiatry od lądu do Oceanu spokojnego, a latem odwrotnie. Kierunek biegu zimnego powietrza idzie z miejsc wysoko położonych; na nizinach zaś, zakrytych otaczającemi górami, zbiera się zimą najbardziej chłodne powietrze i ztąd odpływać nie może. Wysokie ciśnienie wschodniej Azyi napędza musony, przynoszące zimną, jasną i suchą pogodę. Latem rozrzedzone powietrze stepów mongolskich silnie się rozgrzewa i przyczynia do przypływu wilgotnego powietrza z Oceanu spokojnego,

który sprowadza deszcze w Chinach, ulewy nad Amurem, nieco zaś mniej silne opady w Mongolii i Zabajkalskim kraju, oddzielonym od Oceanu spokojnego pasmami gór, w których nizkie atmosferyczne ciśnienie latem spowodowuje upał i suszę. Inny kierunek biegu chłodnego powietrza jest w zimie niż latem; da się to wytłómaczyć tem, że jak wiadomo, czem wyższe płaskowzgórze Wschodniej Azyi, tem zima lżejsza, lato chłodniejsze i wyższa średnia roczna ciepłota.

Charakterystyką klimatu Troickosawska jest nadzwyczajna suchość powietrza. Po suchej i bezwietrznej zimie następuje sucha i wietrzna wiosna, przechodząca w lato, które odznacza się wprawdzie częstymi, lecz nie długo trwającymi deszczami. Ilość opadu w ostatnich latach znacznie się zmniejszyła. Niegdyś ogromne lasy nad rzekami Selengą i Czykojem, doszczętnie zostały wyrąbane, a w sąsiedniej Mongolii, obok wciąż trwającego jeszcze niszczenia, ciągłe pożary ogałacają ten kraj z lasów. Wskutek wyniszczenia lasów Troickosawsk, jak i większość obszarów zabajkalskich, przedstawia bezwodny i bezleśny step, wystawiony na suche wiatry i pozbawiony wilgoci. Po 1 lub 2 dniach ulewnych deszczów, pozostawiających latem kałuże wody, nazajutrz wszelkie ślady ulewy znikają i znowu następuje zwykła posucha, paląca wszelką roślinność. Zimą suchy, rzadko padający śnieg, roznosi się wiatrem, pochłania go piasek i w kilka godzin ginie on bez śladu. Wyniszczenie lasów przyczyniło się do wyschnięcia miejscowych wód: jezior, rzeczek i strumieni, pozbawiając ziemię wilgoci tak, że teraz z każdym rokiem zwiększa się przestrzeń martwych sypkich piasków, zgubnych dla wszelkiej roślinności i wszelkiego życia. Wszyscy podróżnicy i badacze przypisują wyniszczeniu lasów w Zabajkalskim kraju, to zmniejszenie się wilgotności, powiększenie wiatrów i gwałtowne przejścia od gorącego lata do chłodnej i suchej jesieni. P. Krokow jeszcze smutniejsze stawia horoskopy dla przyszłości tego kraju, grożąc mu przemienieniem się w przedsionek martwej Gobijskiej pustyni.

Druga część pracy Dra Talki-Hryncewicza zawiera opis klimatu, pod względem jego stosunku do człowieka, jego życia i zdrowia. Chociaż co do wysokości położenia nad poziomem morza Troickosawsk zalicza się, według podziału Lombarda, prawie do górnego pasma Alp, wznoszącego się od 700—1·300 metrów nad poziom morza, jednakże warunki miejscowe zmieniają tu właściwości górskiego klimatu; brak tu wilgoci i lasu, a wreszcie zachodzi i ta właściwość płaskowzgórza Wschodnio-Azyatyckiego, (podobnie jak i w górach amerykańskich), że wpływ na człowieka górskiego klimatu, na takich samych wysokościach co w Europie, występuje tu słabiej. Wszak wiadomo, że na wyżynach, na których na lądzie europejskim człowiek zaledwie żyć może, w Azyi i Ameryce istnieją wsie i miasta.

Nie wdając się w wyjaśnienie tych, jeszcze niewytłumaczonych całkowicie, wpływów klimatycznych różnych stron świata, wiadomym jest fakt, że w Alpach europejskich ustrój ludzki nie znosi miejscowości, leżącej powyżej 3 tysięcy metrów nad pow. morza. Zakonnicy, przebywający w słynnym klasztorze św. Bernarda, na wysokości 2474 metrów nad pow. morza, rzadko są w stanie przeżyć w nim lat 10, bez szkody dla zdrowia; a wielu z nich bywa zmuszonych, co lat parę, zstępować w dolinę Renu, dla wyleczenia się z górskiej choroby. Tymczasem w Peru, lub w sąsiednich z krajem Zabajkalskim, Mongolii i Tybecie, ludzie żyją na jeszcze znaczniejszej wysokości, używając wybornego zdrowia. Znany klasztor buddyjski w Hanle w Tybecie, znajduje się na wysokości 5·039 metrów, t. j. wyżej niż $4^1/_2$ wiorst nad pow. morza, przewyższa zatem najwyższy punkt Europy Mont-Blanc (4·810 m.), ponad którym w Europie wszelkie życie ustaje. Do płaskowzgórza Wschodniej Azyi, z rozrzedzoną górską atmosferą, organizm ludzki z łatwością się przystosowuje. Europejczycy średniego i północnego pasa doskonale aklimatyzują się w Zabajkalskim kraju i sąsiedniej z nią Mongolii, dożywając tu głębokiej starości.

Dla tych przyczyn Troickosawsk, pomimo swego wysokiego położenia, nie może być nazwany stacyą klimatyczną o górskim alpejskim klimacie; ciepłota jego znacznie niższa, a powietrze bardziej suche i chłodne. Skład powietrza wyróżnia się ubóstwem tlenu, a rozrzedzenie, jak zwykle w górskim klimacie, nadaje temu powietrzu własność wywierania słabego ciśnienia na powierzchnię ludzkiego ciała, co znowu prowadzi do znaczniejszego przekrwienia skóry na koszt narządów wewnętrznych, a tem samem górski klimat Troickosawska działa na organizm podniecająco i krzepiąco. W dalszym ciągu podaje autor wyniki badań biologicznych miejscowej ludności, mianowicie: jej liczebność, ustosunkowanie płci, ilość małżeństw, ruch ludności pod względem urodzin i skonów za ostatnie lat 15. Ogólna przeciętna ludność Troickosawska wynosi 6,539 (męż. 3,744, kob. 2,795); urodzin bywa 5·64% (m. 5·10% k. 6·36%), skonów 4·51% (m. 4·25%, k. 5·26). Przyrost wynosi 1·10%. Mężczyźni stanowią w ogólnej ludności $^3/_5$, czyli 57·2%, a kobiety $^2/_5$ czyli 42·8%. W latach ostatnich (1891—1894) rożnica ta pomiędzy ustosunkowaniem płci zaczęła się wyrównywać przez znaczniejszy przyrost płci żeńskiej. Przeciętna liczba urodzeń rocznie przypada na 1000 ludności 56·4, a skonów 45·4, co stanowi, że liczba urodzin przewyższa liczbę skonów o 11. Przy jednakowej śmiertelności z Irkuckiem, Troickosawsk przewyższa średnią śmiertelność Rosyi, a o dwa razy średnią śmiertelność oświeconych krajów Europy; pod względem ilości urodzin zajmuje jedno z pierwszych miejsc w Rosyi. Liczba zawieranych małżeństw dochodzi 9·9 na 1000 ludności, podobnież jak i w Rosyi. Na 1000 ludzi rodzi się 49 z małżeństw ślubnych a 74 nieprawego łoża. Z 6,539 ludności umiera rocznie 369 czyli 45·4 $^0/_{00}$.

Dla bardziej szczegółowego zbadania trwałości życia rosyjskiej ludności w kraju Zabajkalskim, obliczyłem takowe za 23 lat (1869—1891), na zasadzie ksiąg cerkiewnych (metryk) w 11 parafiach, stanowiących 10 zaludnionych miejscowości. Co do ludności buriackiej, to obliczenie takowej nie mogło dać pewnych wyników, gdyż ewidencya ruchu ludności, prowadzona przez tak zwane „inorodcze dumy i zarządy“ ostatecznie nie zasługuje na wiarę. Ludność rosyjska, która była przedmiotem moich badań, składa się w $^1/_3$ z mieszczan Troickosawska i Selengińska, a w $^2/_3$ z kozaków i włościan okręgów Troickosawskiego, Selengińskiego i Werchnieudińskiego, stanowiąca razem 23,964 osób płci obojej (m. 11,875, k. 12,089). Liczba kobiet wśród tej ludności przewyższa o 9·8% liczbę mężczyzn. Przy ułożeniu tablic długości życia używałem sposobu p. Deparcieux. W ciągu 23 lat urodziło się w wyżej wspomnianych parafiach 27,714 (m. 14,122, k. 13,592), to jest rodzi się 43·4 $^0/_{00}$ i o 13 więcej niż w samem mieście Troickosawsku. Średnia roczna śmiertelność 866·4, co stanowi 32 $^0/_{00}$. Średni więc przy-

rost ludności 1·4%. Obliczywszy przypuszczalnie w ten sposób roczny przyrost ludności dla całego obwodu Zabajkalskiego, otrzymamy liczbę 7,786, co wynosi na 23 lata 23,280. Potrzeba więc na to 70 lat, aby ludność Zabajkalskiego kraju podwoiła się. Tak szczupły przyrost ludności, nie odpowiadający liczbie rodzących się, zależy od znacznej śmiertelności w ogóle i od tego, że do ogólnej liczby ludności wchodzi żywioł deportowanych, składający się z ludzi przeważnie lat średnich, lub wieku podeszłego, zwykle nie żonatych, lub przybywających tu bez rodziny, bardzo rzadko wstępujących w związki małżeńskie, lecz najczęściej żyjący na wiarę z kobietami wolnego prowadzenia, przeto nie mogący stanowić produkcyjnej siły dla przyrostu ludności. Jeżeli obliczymy ludność Zabajkalskiego kraju za jeden rok, naprzykład za rok 1889, to przekonamy się, że było w nim żywiołu deportowanego, nie licząc przebywających w ciężkich robotach, 20,423 t. j. $^1/_{28}$ ogólnej ludności. Jeżli teraz weźmiemy na uwagę znaczny przypływ coroczny tej ludności, to okaże się, że od czasu rozpoczęcia zsyłki do kraju zabajkalskiego, ludność tutejsza w miejsce przyrostu wciąż wymierała. Na takie smutne rezultaty kolonizacyi Syberyi, a tem więcej Zabajkalskiego kraju, wskazuje wiele historyków i publicystów Syberyjskich.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

L. 88. ex. 1896.

Do Szanownych Sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

I. Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. galic. z dnia 26. Maja 1896. poleciło Radzie Zawiadowczej w myśl §. 5. statutu Towarzystwa zbadać, o ile zachodzi obecnie potrzeba zmiany podziału Towarzystwa na sekcye i zmiany, jakie się okażą potrzebnemi przeprowadzić.

Wykonując to polecenie, Rada Zawiadowcza ma zaszczyt zapytać Szanownych kolegów, czy teraźniejsza organizacya terytoryalna tamtejszej sekcyi odpowiada celowi, czy nie należałoby z przydzielonych do niej powiatów jaki wyłączyć, lub inny przydzielić? czy nie zachodzi potrzeba zwinąć istniejącą sekcyę lub utworzyć nową, a w takim razie, gdzie ustanowić siedzibę biura sekcyi?

Obecny podział jest następujący:

1. do sekcyi lwowskiej należy miasto Lwów i powiaty polityczne: Lwów, Gródek, Bóbrka i Kamionka.

2. do sekcyi bocheńskiej powiaty polityczne: Bochnia, Wieliczka, Limanowa i Brzesko (obecnie także Podgórze).

3. do sekcyi brzeżańskiej powiaty: Brzeżany, Rohatyn, Podhajce.

4. do sekcyi czortkowskiej powiaty: Buczacz, Czortków, Husiatyn.

5. do sekcyi jasielskiej powiaty: Gorlice, Jasło, Krosno.

6. do sekcyi kołomyjskiej powiaty: Kołomyja, Śniatyn, Kosów.

7. do sekcyi przemyskiej powiaty: Przemyśl, Jarosław, Mościska, Jaworów i Cieszanów.

8. do sekcyi rzeszowskiej powiaty: Rzeszów, Łańcut, Kolbuszowa, Tarnobrzeg, Nisko (ewent. obecnie Strzyżów).

9. do sekcyi samborskiej powiaty: Sambor, Drohobycz, Turka, Staremiasto, Rudki.

10. do sekcyi sanockiej powiaty: Sanok, Lisko, Dobromil, Brzozów.

11. do sekcyi stanisławowskiej powiaty: Stanisławów, Tłumacz, Bohorodczany, Nadwórna.

12. do sekcyi stryjskiej powiaty: Stryj, Dolina, Kałusz, Żydaczów.

13. do sekcyi tarnopolskiej powiaty: Tarnopol, Zbaraż, Skałat, Trembowla.

14. do sekcyi tarnowskiej powiaty: Tarnów, Dąbrowa, Mielec, Ropczyce, Pilzno.

15. do sekcyi wadowickiej powiaty: Wadowice, Biała, Żywiec, Myślenice.

16. do sekcyi zaleszczyckiej powiaty: Zaleszczyki, Borszczów, Horodenka.

17. do sekcyi złoczowskiej powiaty: Złoczów, Brody, Przemyślany.

18. do sekcyi żółkiewskiej powiaty: Żółkiew, Sokal, Rawa.

Powiaty Chrzanów i Kraków oraz miasto Kraków należą do obrębu Towarzystwa lek. krakowskiego. W razie propozycyi jakichkolwiek zmian w dotychczasowej organizacyi, prosimy o krótkie uzasadnienie. Gdyby zaś który z kolegów nie mógł wziąść udziału w posiedzeniu sekcyi na ten cel zwołanem i uwagi swoje przesłał listownie, prosimy list ten dołączyć do opinii szanownej sekcyi.

O odpowiedź w tym względzie upraszamy do końca Listopada b. r.

II. Sekcya lwowska Towarz. lek. galic. zaproponowała nadto zmianę §. 41. ustawy naszej w tym kierunku, aby sekcye, liczące do 20 członków, wybierały jednego delegata, te zaś w których ilość członków jest wyższą, aby wybierały taką liczbę delegatów, jaka wypada dzieląc liczbę członków przez 20, przyczem reszta, aż do 10 odpada, powyżej zaś 10 liczy się za 20.

Dotychczas obowiązuje takie postanowienie, że sekcye, liczące do 30 członków, wybierają jednego delegata, te zaś, w których ilośc jest wyższą nad 30, wybierają taką liczbę, jaka wypada przez dzielenie liczby członków przez 30, poczem reszty, niżej 15, nie uwzględnia się, dopiero wyżej 15 liczy się za 30.

Upraszamy przeto powyższy projekt zmiany ustawy wziąść pod obrady na najbliższem posiedzeniu sekcyi i o uchwale zapadłej zawiadomić najdalej do końca Stycznia 1897 roku Radę zawiadowczą, celem przedstawienia odpowiedniego wniosku Walnemu Zgromadzeniu.

Lwów 22. Października 1896.

Z Rady zawiadowczej Tow. lek. galic.

Dr. Świątkiewicz, *sekr. jeneralny.* *Dr. Merunowicz*, *prezes.*

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

Posiedzenie Wydziału z dnia 12. i 22. Października 1896.

1) Uwolniono jednego lekarza od opłaty za rok 1896.

2) Jednemu z lekarzy udzielono zapomogi jednorazowej 50 złr.

3) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Prezydenta z wiecu Izb.

4) W myśl uchwały wiecu postanowiono wnieść do Sejmu petycyę o ustanowienie emerytury dla lekarzy okręgowych.

5) Rozpatrywano w dalszym ciągu kilka nowych szczegółów, co do dwóch spraw honorowych, w toku będących.

6) W sprawie anonsów w dziennikach bandażysty Freilicha we Lwowie, uchwalono odnieść się do c. k. Namiestnictwa o wytoczenie dochodzenia co do partactwa lekarskiego tegoż bandażysty.

7) Rada honorowa uchwaliła rozesłać do lekarzy zbyt często i jaskrawo się anonsujących następujące pismo:

Zbyt częste inseraty, którymi kolega posługuje się do wyrobienia sobie praktyki, zmuszają Radę honorową Izby lekarskiej do oświadczenia mu, iż uważa ona za niewłaściwe

i godności stanu uwłaczające, zdobywanie sobie zaufania publiczności ciągłemi ogłoszeniami i podnoszeniem w nich swego specyalnego wykształcenia, przez wymienianie nazwisk sławnych profesorów, których wykładów się słuchało. Nie przytaczając bowiem innych bardzo ważnych względów, przeciw tego rodzaju reklamie przemawiających, musi Izba lekarska mieć na oku przynajmniej ochronę interesów tych kolegów, którzy podobnymi środkami się nie posługują.

Izba lekarska tuszy sobie, iż kolega zechce się zastósować do jej żądania i nie da jej powodu do ponownego wystąpienia.

8) Prócz tego załatwiono kilka spraw pomniejszych.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Wydział Izby lek. zachodnio - galicyjskiej odbył dnia 24. b. m. IV. posiedzenie, na którem:

1) odczytano protokół z III. posiedzenia;

2) przyjęto do wiadomości sprawy bieżące, wedle dziennika podawczego (od l. 316 do 429 włącznie);

3) wysłuchano sprawozdania prezydenta, jako delegata Izby z II. wiecu Izb lekarskich austr., odbytego w Wiedniu w dniu 3. b. m.

4) uchwalono uzupełnić regulamin Izby i tenże przedłożyć c. k. Namiestnictwu do ostatecznego zatwierdzenia;

5) przyjęto do wiadomości pismo ministerstwa obrony kraj. w sprawie wykonywania praktyki lekarskiej przez lekarzy wojskowych;

6) odezwę magistratu m. Krakowa w sprawie otwarcia nowej apteki na Kazimierzu, przydzielono do zaopiniowania dwom referentom;

7) na prośbę jednego z dzienników miejscowych o dostarczanie temuż wiadomości z posiedzeń Izby, postanowiono zwrócić uwagę redakcyi na ogłoszenia Izby, pomieszczane w *Przeglądzie lek.*, jako jej urzędowym organie;

8) udzielono 100 złr. zapomogi p. M. S., wdowie po lekarzu;

9) uwolniono kilku lekarzy od opłaty na rzecz Izby;

10) uchwalono zarządzić ściągnięcie zaległych opłat — w drodze egzekucyi, — za pośrednictwem władz politycznych.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 5. Listopada 1896.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. mówił kol. Jaworski: „O oznaczaniu dolnej granicy żołądka“. W dyskusyi przemawiali koll. Gluziński i prelegent. Kol. Nowak Julian wyłożył rzecz: „O skrobiawicy“.

* Dnia 3. b. m. liczne grono, złożone z profesorów Uniwersytetu, lekarzy szpitalnych i sanitarnych, miało możność, dzięki uprzejmości dyrektora szpitala powszechnego, prof. Ponikły, naocznie przekonać się o wartości nowego przyrządu dezinfekcyjnego, ustawionego w szpitalu św. Łazarza, a w ostatnim Nrze *Przeglądu lekarskiego* szczegółowo opisanego. Stwierdzono, że mechanizm przyrządu tego, o ile jest dokładny, o tyle wprowadza się w ruch z największą łatwością; ciepłota w kamerze wynosiła 110° C., a przedmioty, poddane dezinfekcyi, wyjęto z przyrządu bezwzględnie suche.

Dzięki zapobiegliwości i początkowaniu dyrektora Ponikły, oraz ofiarności na cele zdrowotne Wydziału krajowego i Wys. Sejmu, Kraków posiada dziś najlepszy przyrząd dezinfekcyjny, jaki nowoczesna technika wytworzyć zdołała. Takiem było zdanie wszystkich, którzy ten przyrząd przedwczoraj zbadali.

* *Przegląd tygodniowy* (Nr. 44) donosi, że w łonie Towarzystwa lekarskiego warszawskiego zawiązała się komisya, mająca za zadanie okolicznościowy współudział w sprawach zamierzonej budowy nowego szpitala.

O Rozporzadzenie c. k. Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 16 września 1896. l. 17927.

Z powodu doniesienia c. k. Ministerstwa dla handlu i przemysłu, że z przesyłek pocztowych, zawierających części zwłok, lub płyny ze zwłok pochodzące, a do celów sądowych służyć mające, wylewają się często cuchnące ciecze, jak również, że do przesyłek powyższych używają się środki przeciwgnilne, mające silną woń, tak że osoby ze służby pocztowej nieraz ulegały zemdleniu, poleca c. k. Ministerstwo Sprawiedliwości co następuje: Sądy mają ściśle przestrzegać rozporządzenia c. k. Min. Spraw. z dnia 2 Sierpnia 1856. R. G. Bl. 145, odnoszącego się do opakowania przedmiotów przesyłanych do badań sądowo karnych i — dodatkowo zarządzić, by części zwłok były przesyłane tylko w mocnych naczyniach szklanych lub porcelanowych, zatkanych dobrze przystającym korkiem szklanym lub porcelanowym. Aby, w razie potrzeby, tego rodzaju naczynia zawsze były pod ręką, powinien każdy sąd powiatowy, i każdy trybunał sądowy 1-szej instancyi zaopatrzyć się w dostateczną ilość dużych tego rodzaju naczyń. Przed wysłaniem powinno być każde takie naczynie lakiem szczelnie opieczętowane, by wyciekanie płynów było niemożebnem. Korek ma być następnie płótnem i szpagatem do naczynia przymocowany. Całe naczynie ma być następnie włożone do mocnej skrzynki drewnianej, wysłanej trocinami, słomą, sianem lub papierowymi okrawkami. Wyjątkowo przesyłany przedmiot może być zamknięty w dobrze zalutowaną puszkę blaszaną, zwłaszcza, jeżeli z powodu swej wielkości nie może się zmieścić do szklanego naczynia. Puszka taka ma również być zapakowaną w skrzynkę drewnianą.

Środki przeciwgnilne, które nie są konieczne przy szczelnem opakowaniu takiej przesyłki, mają być użyte tylko w razie bezwzględnej potrzeby.

* **Mianowani**: Docent chorób skórnych i wenerycznych w Uniw. Jagiell. Dr. Zarewicz Aleksander otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. Dr. Falkenheim mianowany został profesorem pedyatryi w Królewcu.

* **Stopień doktora medycyny** na Uniw. Jagiell. otrzymał Jasiński Adam z Warszawy.

* **Reorganizacya lwowskiej c k. Szkoły weterynaryi** nastąpi z d. 1. Października 1897 r. W budżecie przedłożonym Radzie Państwa na r. 1897 wstawioną została, ze względu na zamierzoną reformę, kwota 1500 złr. (na ostatni kwartał 1897 r.), a to celem utworzenia nowych katedr, nowych posad asystentów, podwyższenia dotacyi i t. d. Reforma ta, do której inicyatywę dał lwowski instytut weterynaryjny, a której potrzebę poruszał prof. Dr. Spilman na Zjazdach weterynarzy austryackich, polega w głównych zarysach na tem, że 1) od przyszłych kandydatów wymagać się będzie świadectwa dojrzałości z gimnazyum lub szkoły realnej i, 2) że czas trwania studyów weterynaryjnych został przedłużony z 3 na 4 lata, a odpowiednio do tego plan nauk został rozszerzony. Wielka zasługa koło tej reformy należy się także prof. Dr. Kadyemu, byłemu profesorowi tego zakładu. (*Przegląd weterynarski* Nr. 11).

† **Nekrologia**. Zmarli: Dr. **Koszutski Józef** w Poznaniu. — Dr. **Sieradzki Józef** w Wilnie. — Profesor dermatologii **Jerzy Lewin** w Berlinie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 44. Dra Józefa Goldbauma: Przyczynek do elektroterapii w cierpieniach żołądka. Dra H. Higiera: *Alexia subcorticalis* (ciąg dalszy). Dra Neugebauera: Kilka słów o męzkiem owłosieniu u kobiet (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 44. Drów W. Biegańskiego i W. Wrześniowskiego: Przyczynek do chirurgicznego leczenia chorób mózgu. Dra S. Sterlinga; Eparsaglia, t. zw. „naderwanie się“ (ciąg dalszy).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Geyer: Weitere mit Europhenbehandlung gemachte Erfahrungen. Berlin, 1896.

— Dr. J. Nowak: Blutbefunde bei an Diphtherie verstorbenen Kindern. (1896).

— Tenże: Eine modification am Mikrotom behufs Hebung und Senkung der Objektklammer. (1896).

— Prof. Gluziński i Lemberger: O wpływie istoty gruczołu tarczykowego na wymianę materyi. Kraków, 1896.

— Dr. W. Wróblewski: Ueber das Wachstum einiger pathogener Spaltpilze auf den Nebennierenextraktnährböder. 1896.

— Dr. Józef Piotrowski: Przyczynek do nauki o zmianach krwi przy organicznych wadach serca. Warszawa, 1896.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 3946.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego w Sanoku z płacą roczną 500 złr. w. a.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Magistratu w przeciągu 6-ciu tygodni.

Z Magistratu.

Sanok 11. Października 1896.

Zastępca burmistrza:

178—3—3 *Witoszyński.*

L. 2272.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej Żydaczowskiej rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych z siedzibą w Żurawnie i w Nowem Siole w płacą roczną po 500 zł. a. w. i ryczałtem na podróże służbowe po 300 zł. a. w. rocznie.

Okręg sanitarny w Żurawnie obejmuje gminy: Żurawno, Pobereże, Holeszów, Włodzimirce, Lachowice podróżne i zarzeczne, Mielnicz, Lutynka, Manasterzec, Kotoryny, Protesy, Bujanów, Czerteż, Dubrawka, Tarnawka, Łysków i Korczówka z ludnością 15,356. Apteka w miejscu.

Okręg sanitarny w Nowiem Siole obejmuje gminy: Nowe Sioło, Obłaźnica, Żyrawa, Izydorówka. Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Ruda, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza, i Smuchów z ludnością 11,732. Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać mają następujace warunki: 1) prawo obywatelstwa austryackiego, 2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej, 3) nieskazitelny charakter, 4) znajomość języków krajowych, 5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, lub egzaminem fizykackim. Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najdalej do dnia 20 Listopada 1896 r.

Żydaczów w Październiku 1896. 181—3—1

Już wyszedł

KALENDARZ LEKARSKI

na rok 1897. i zawiera:

1) Kalendarz kościelny, 2) Spis środków lek. offic. i nieoffic., 3) Wiadomości zawodowe, 4) Ważniejsze ustawy dotyczące stanu lekarskiego, 5) Cennik robót aptekarskich, 6) **Nowe leki**, 7) **Organoterapia**, 8) **Leczenie surowicami**, 9) Wskazówki z chirurgii ortopedycznej, 10) Ratowania w otruciach, 11) **Podręcznik terapeutyczny** (w układzie alfabetycznym 1056 recept), 12) Dobór okularów, 13) Skład Izb lekarskich, 14) Władze sanitarne, 15) Spis lekarzy itd.

Oprawny w czarną skórkę. 182—3—1

Cena jak dawniej z przesyłką 1 złr. 70 ct. w. a.

Do nabycia w Administracyi (Strzelecka l. 2) — lub w księgarni S. A. Krzyżanowskiego Rynek gł. A—B.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.